



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Nivel de ansiedad de las madres con RN prematuro sometidas a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología

AUTOR

Yesenia Medaly Lezma Andia

LIMA – PERÚ
2013

**“NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO DE LAS MADRES CON RN
PREMATUROS SOMETIDOS A VENTILACION MECANICA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL
DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL 2012”**

***A Dios, en primer lugar por
Permitirme vivir este presente...***

***A mis Padres que con su fortaleza,
Ejemplo y amor me enseñaron
A vencer cada adversidad de la vida.***

***A mis hermanos, por su apoyo,
Comprensión y amor
Los quiero y extraño mucho.***

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	1
SUMMARY	3
PRESENTACIÓN	5
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento y delimitación del problema	7
B. Formulación del problema	13
C. Justificación	13
D. Objetivos	14
E. Propósito	15
F. Marco teórico	
1. Antecedentes	16
2. Base teórica	19
3. Definición operacional de términos	39
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO	
A. Tipo, Nivel y Método de Investigación	41
B. Área de estudio	41
C. Población y Muestra	42
D. Técnica e instrumento de recolección de Datos	44
E. Recolección, Procesamiento y análisis de Datos	46
F. Consideraciones Éticas	46

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. Conclusiones	61
B. Limitaciones	62
C. Recomendaciones	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº	TITULO	Pág.
1	Nivel de Ansiedad que Presentan las Madres de Recién Nacidos Sometidos a Ventilación Mecánica en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal	49
2.	Nivel de Ansiedad Estado que Presentan las Madres de Recién Nacidos Prematuros Sometidos a Ventilación Mecánica según Estado Negativo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal	54
3.	Nivel de Ansiedad Estado que Presentan las Madres de Recién Nacidos Prematuros Sometidos a Ventilación Mecánica según Estado Positivo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal	57

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es un padecimiento paradójico. Por una parte se trata de un fenómeno bastante extendido ya que se calcula que entre el 10% y el 15% de la población lo puede padecer en algún momento de su vida, en otro aspecto debemos tener en cuenta que también puede ser un padecimiento oculto, ya que por su naturaleza es una emoción negativa, que nos cuesta expresar con palabras.

El doctor Antonio Bulbena ⁽¹⁾ , catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona en una Jornada de Psicología Clínica y Salud Mental expresó “si alguien siente miedo, desasosiego, inquietud entre otros, probablemente elegirá moverse, retraerse o expresarse con

vehemencia, antes de hablar y explicar esas sensaciones. Por ello la ansiedad tiene muchos nombres y disfraces”.

La ansiedad es una experiencia desagradable, intensa y excesiva de alerta, de desasosiego, de peligro. Se presenta normalmente acompañada de diversos síntomas físicos tales como: temblores, dolor muscular, dolores de cabeza, sudoración, sequedad en la boca, frecuencia cardíaca y respiración acelerada”.

En resumen ⁽²⁾, la ansiedad es una enfermedad en la que nuestro sistema se dispara excesivamente, los síntomas pueden no ser abruptos como en la crisis de angustia, pero más a menudo son crónicos, se pueden identificar en tres áreas. *La emocional*, que incluye la experiencia de miedo, temor e inseguridad. *La mental*, que incluye preocupación o anticipación negativa de ocasiones o sucesos y a menudo, limitación del pensamiento normal. La conductual, generalmente en forma de evitación, es decir, el huir o dejar de estar en algún espacio o en alguna situación incluso social.

Spielberger ⁽³⁾ 1966, 1972 ,1989; considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferencia entre ***la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad***, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado – Rasgo; la ansiedad estado; es un estado emocional inmediato y modificable en el tiempo caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por otra parte la ansiedad rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo.

Contradictoriamente a la ansiedad estado, la ansiedad rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.

En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad estado son apreciados como intensamente molestos; por lo tanto, si la persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentar a la situación amenazante.

El nacimiento de un recién nacido prematuro es inevitable trae una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y producen ansiedad en los miembros de una familia, siendo este considerado generalmente un acontecimiento negativo; incluyen el percibir la sensación de fracaso de tener un recién nacido enfermo, el temor a la muerte, la alteración de apego de la madre – hijo, la interrupción de la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en este periodo.

Las futuras madres experimentan durante los 9 meses del embarazo cambios a nivel corporal expresados entre otros por un aumento de peso, modificaciones de las mamas, crecimiento del abdomen y cambios a nivel psíquico manifestados principalmente por una mayor sensibilidad emocional, llena de ilusión en donde reinará la paz y escasearan los sentimientos contradictorios. Es en este momento cuando puedan surgir problemas y sobretodo cuando se tiene complicaciones en el embarazo, que puede conllevar a un nacimiento prematuro o un recién nacido con

complicaciones y/o alguna malformación congénita. Cuando un neonato necesita atención médica desde su nacimiento a causa de prematurez, enfermedades o malformaciones congénitas, se presentan de manera simultánea acontecimientos que en su mayoría son inesperados y en consecuencia abrumadores para los padres y más aún para la madre quien tuvo en su vientre a ese nuevo ser llena de ilusión.

En estos casos se agrupan 2 elementos estresores importantes como son el nacimiento, que implica para los padres un cambio en la dinámica familiar, y la enfermedad la cual se convierte en una condición dolorosa por representar un cambio de la situación esperada durante el embarazo, en cuanto a la salud del bebé se refiere.

Es en este momento donde la ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante; es preciso resaltar que en una madre cuando confluyen una serie de elementos generando un grado de ansiedad que aumenta la posibilidad de sufrir enfermedades psicosomáticas; sumando al solo hecho del nacimiento o aparición de un nuevo miembro en la familia la presencia de enfermedad, el cual da cabida a otros eventos como cambios en el estado financiero, si se considera los gastos monetarios que implican los cuidados especializados; cambio en la recreación por mayor dedicación al neonato, cambios en las actividades sociales; y cambios en los hábitos de sueño, la alimentación, la higiene o el acicalamiento. Asimismo las madres pueden llegar a presentar síntomas físicos de la ansiedad como consecuencia de la presencia de algunos factores, ellos son la condición de

salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado y la separación del binomio madre - niño, además de ello con respecto a la condición del bebe, las madres, se encuentran en una constante decisión de permitir la aplicación de medidas terapéuticas por parte del personal de salud para estabilizar la condición del bebe; observando día a día como lo que ellos esperaban tener en brazos un bebe sano saludable se convierte en un bebe intubado internado en la UCIN, con catéteres, conectados a ventilador mecánico para poder mantenerlo con vida, llevando un tratamiento para la mejora de su salud, teniendo en cuenta el tiempo de permanencia en la UCIN es una situación que lleva a la ansiedad impidiéndoles cumplir su rol de padres.

Con la mayor instrumentalización y con la implementación de las unidades de cuidados intensivos neonatales, se abren mayores expectativas de la vida a aquellos recién nacidos prematuros, junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser, el profesional de enfermería debe desde el momento en que el recién nacido prematuro se hospitaliza, intentar incorporar al recién nacido que nace con problemas a su familia, estimulando la visita, promoviendo la lactancia materna cuando sea factible, tratando de incorporar a la madre en el cuidado, para así poder aminorar la angustia y desesperanza, así como fomentar los lazos afectivos que se mantendrán durante toda la vida.

La atención crítica en la unidad de cuidados intensivos neonatales es altamente estresante para las madres, por lo que se hace necesario identificar el nivel estado de ansiedad y las fuentes que producen esta tensión para desarrollar intervenciones de enfermería afectivas para ayudar a enfrentar favorablemente esta situación.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal; según datos estadísticos del año 2010 tenemos un total de 665 Recién Nacidos ingresados a la UCIN al año haciendo un 22.70% con un promedio de permanencia de 15 días; los padres sobre todo la madre durante la hospitalización del recién nacido, presenta una inquietud que surge de la experiencia que se ve en las salas de la maternidad como en el servicio de Cuidados Intensivos Neonatales. Al interactuar con las madres de los neonatos refieren “tengo miedo que le pase algo a mi niño, me siento angustiada y me preocupa si luego será sanito...” “tengo nervios, no puedo dormir bien” “por qué mi bebé se encuentra en esta unidad”. El crear verdaderos lazos de unión entre la madre y su hijo contribuye en gran medida en el proceso de maduración del recién nacido y por supuesto en el vínculo madre-hijo, que ayuda en el comportamiento materno frente a esta situación que no es planeada sino más bien es inesperada y genera en la mujer grandes cambios y modificaciones, afectando su rol materno.

La gran variedad de emociones que surge en la madre, al momento de traer al mundo un hijo prematuro, rompe muchas expectativas personales como madre y mujer a la vez. Pudiendo provocar incluso el olvido repentino, que son madres y que deben actuar como tal.

Dentro de los grandes soportes emocionales y sociales que requieren las madres de los recién nacidos prematuros, se encuentran la red de apoyo familiar, como primera instancia y sin menos importancia, el apoyo otorgado por el equipo de salud que trabaja y atiende a su recién nacido prematuro, debido a que son ellos los que entregan su día a día, los informes evolutivos de su bebé, además actúan como entes protectores de la madre, frente al sentimiento de duelo o crisis que las invaden, al sentirse partícipes de esta situación tan desgarradora para la mujer y su familia.

El comportamiento materno puede ser influenciado por muchos factores y diversas situaciones, es por ello que la madre debe tener fortaleza, se capaz de entregar a su bebe lo mejor de ella, aunque las situaciones o las circunstancias la conduzcan a otro lugar, aún más desconocido por ella.

El recién nacido prematuro necesita apoyo de la parte médica y de enfermería, pero no debemos dejar de lado que su soporte vital es la madre que en ese momento de crisis al ver a su hijo hospitalizado, invadido por sensores, monitores, ventiladores mecánicos, bombas de infusión agregado a ello verlo en una servocuna o incubadora indefenso le genera ansiedad, temor, tristeza, sentimientos encontrados sin saber canalizarlos, nuestro rol no solo termina en la atención al recién nacido prematuro en ventilación mecánica al contrario es un inicio pues tenemos a la madre a quien debemos brindarle todo el soporte emocional para que ella pueda ser capaz de encaminar sus sentimientos y convertirse en la aliada de su hijo creando y reforzando en cada día sus lazos materno, es dentro de este marco que se formula el siguiente problema de investigación.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de ansiedad estado de las madres con RN prematuros sometidos a ventilación mecánica en la Unidas de Cuidados Intensivos Neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal 2012?

C. JUSTIFICACION

El nacimiento de un niño prematuro trae consigo una serie de reacciones emocionales, al existir una separación inmediata la madre se ve limitada a transmitir amor a su hijo, incluso ella, siente una pérdida física de una parte de su ser, algunos autores consideran

como un proceso similar al duelo ocurriendo así un desapego, que si se prolonga en el tiempo puede generar rechazo de la madre por su hijo. Es más, en la madre, se puede producir una crisis de pérdida, la que puede durar minutos e incluso años, llevándola a tener una experiencia tan negativa que la puede dirigir a una patología.

Este acontecimiento produce un grave trastorno en la vida normal de la madre, generalmente se presenta una desorganización, le es imposible controlar sus sentimientos, que muchas veces son sentimientos de culpa por no traer un hijo sano. Todo esto significa una gran amenaza para la madre creando con ellos un incremento en la ansiedad estado.

Enfermería debe ser pionera en la búsqueda de las medios para intervenir en situaciones generadoras de incrementar la ansiedad estado de la madre que tiene un recién nacido prematuro, el apoyo incondicional, constante y siempre oportuno de la enfermera para acompañar a las madres conduciéndolos por el difícil proceso de hospitalización, es vital en la estabilización emocional y fortalecimiento de aspectos positivos con los que se logre superar la crisis encaminando al bienestar del recién nacido prematuro.

C. OBJETIVOS

Los objetivos que se formularon para el presente estudio son:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de ansiedad estado que presentan las madres con recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de ansiedad que presentan las madres de los recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica según ansiedad estado afirmativo, hospitalizados en la Unidad de Cuidados intensivos Neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Identificar el nivel de ansiedad que presentan las madres de los recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica según ansiedad estado negativo, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal.

D. PROPÓSITO

Los resultados del presente estudio busca dar a conocer a las autoridades y al profesional de enfermería como esta experiencia de tener un recién nacido prematuro en ventilación mecánica afecta a las madres, conocer los niveles de ansiedad estado debido al ambiente de la unidad de cuidados intensivos neonatales, a la apariencia del bebé y estado de enfermedad del mismo, a la comunicación con el personal de salud, a la interacción con el recién nacido prematuro o la alteración del vínculo madre – hijo.

En la medida que se comprendan estos procesos desde la mirada de la madre de los recién nacidos prematuros, es más viable para el personal de enfermería la planificación de proyectos o programas de cuidado donde se tenga en cuenta no solo al bebé, sino de igual forma a la madre, en busca de mejorar la calidad de atención a los mismos.

E. MARCO TEORICO

E.1 ANTECEDENTES

- A Nivel Nacional:

Coronado Yupanqui Sonia E., en Ayacucho el 2006 realizó un estudio titulado “Nivel de Ansiedad que presentan los padres de los Recién Nacidos prematuros hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ayacucho 2006”, con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad que presentan los padres de recién nacidos prematuros hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional de Ayacucho, utilizó el método descriptivo transversal, llegando a la siguiente conclusión:

“De los resultados de la investigación se encontró que del 100% de los padres de familia de recién nacidos prematuros hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ayacucho el 46% de presenta ansiedad de nivel medio, el 28% ansiedad de nivel alto y el 26% ansiedad de nivel bajo, por otro lado, la edad gestacional y el peso al nacer del recién nacido así como el estado civil y el número de hijos están asociados al nivel de ansiedad ($P < 0.001$). Concluyéndose que el mayor porcentaje de la población presento un nivel de ansiedad media”⁽⁴⁾

Lezma Rojas Pura, en Lima el 2004, realizó un estudio sobre “Conocimiento de las madres sobre el cuidado del Recién nacido hospitalizado en la Unidad de Referidos del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Docente San Bartolomé enero 2004”, con el objetivo de determinar los conocimientos de las madres sobre el cuidado del Recién Nacido hospitalizado; identificar los conocimientos de las madres sobre los

cuidados físicos y emocionales del Recién Nacido hospitalizado , utilizó el método descriptivo transversal, llegando a la siguiente conclusión:

“En relación a los conocimientos de la madre el 43% poseen conocimientos adecuados y el 57% poseen conocimientos inadecuados. En lo referente a los cuidados físicos el 47% poseen conocimientos adecuados y el 53% conocimientos inadecuados. En cuanto a cuidados emocionales el 63% tienen conocimientos adecuados y el 37% conocimientos inadecuados
(5)

Giovanna Miriam Zapata, Jessika Rocío Trillo Ricaldes, en Lima el 2004, realizaron un estudio sobre “Nivel de estrés que experimentan los familiares de los pacientes sometidos a ventilación mecánica en UCI del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins mayo 2004”, con el objetivo de determinar el nivel de estrés que experimentan los familiares de los pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del HNERM en mayo del 2004, utilizó el método descriptivo transversal, llegando a la siguiente conclusión:

“Los resultados obtenidos fueron que el 50% de los familiares posee un nivel de estrés “moderado”. La base teórica, caracteriza a el estrés moderado por alteraciones fisiológicas y psicológicas conductuales que evidencian la presencia de palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, dolor de pecho, sensación de ira, desesperanza, llanto excesivo y escalofríos. El 26.7% presento estrés “leve” y 3.3%presento estrés “grave”.

Según el grado de parentesco, la población más afectada, es la de los esposos con un 66.7%, seguida por la población de padres con un 45.5%.

El 53.3%de los familiares del sexo masculino posee estrés “moderado”, a diferencia del sexo femenino que posee un 46.6%de estrés “moderado”.⁽⁶⁾

- A Nivel Internacional:

GUERRA GUERRA JUAN CLEMENTE, RUIZ DE CARDENAS CARMEN HELENA, en Colombia, el 2008, realizaron un estudio titulado “Interpretación del Cuidado de Enfermería Neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres de los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Universitario de la Samaritana”, con el objetivo de interpretar las experiencias y vivencias de los padres de los neonatos acerca del cuidado de enfermería que reciben sus hijos en la unidad de neonatos (UCIN) del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS), utilizando el método de estudio cualitativo, descriptivo, explorativo; llegando a la siguiente conclusión:

“Del análisis de la información obtenida de cada una de las preguntas se identificaron códigos sustantivos, los cuales se agruparon con el fin de formar las categorías. Surgieron cinco categorías:

- 1. Dificultades en el desempeño del rol de padres*
- 2. Impacto ante la hospitalización del neonato*
- 3. Expectativas de los padres frente al cuidado del neonato*
- 4. Comunicación asertiva*
- 5. Los padres aprenden de las(os) enfermeras(os)*

Los testimonios y el análisis de cada una de estas categorías permiten un acercamiento a la interpretación de lo que es el cuidado de enfermería para los padres de los neonatos hospitalizados, a partir de sus experiencias y vivencias”.⁽⁷⁾

JOFRE ARAVENA VIVIANE EUGENIA, HENRIQUEZ FIERRO ELENA, en Chile en 1999, realizaron un estudio sobre “Nivel de Estrés de las madres con Recién nacidos Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente De Concepción, en Concepción, Chile, 1999”, con el objetivo de determinar el nivel de estrés de las madres de los

recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, en Concepción, Chile 1999; utilizó el método descriptivo correlacional, realizado entre los meses de junio a diciembre de 1999 en la UCIN del HGGBC, llegando al siguiente conclusión entre estos:

“Al analizar las correlaciones de las cuatro subescalas, que constituyen las dimensiones de la variable dependiente, resultaron significativa al nivel 0.01 el aspecto del RN relacionado con el ambiente de la UCIN; rol materno en relación con el aspecto del RN; comunicación con el personal de la UCIN relacionado con el aspecto del RN y rol materno en relación con el ambiente de la UCIN; y al nivel 0.05 resultó significativa la correlación entre comunicación con el personal relacionado con el ambiente de la UCIN. No existe correlación significativa entre las variables comunicación con el personal y el rol materno.

Respecto a las variables biosociodemográficas de las madres, resultó una relación estadísticamente significativa entre el nivel educacional y la dimensión del estrés total, rol de la madre; y la situación marital con la misma dimensión, el resto de las variables biosociodemográficas y las características del RN hospitalizado en la UCIN resultaron no estar relacionadas con el estrés de las madres y sus dimensiones.”⁽⁸⁾

E.2 BASE TEORICA

ANSIEDAD

La ansiedad es un sistema de alerta y activación ante situaciones consideradas amenazantes. Es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a circunstancias amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.⁽⁹⁾

La ansiedad es un estado emocional que se manifiesta ante nuevas experiencias, lo imprevisto y no programado que se expresa a través de sentimientos de nerviosismo, inquietud, taquicardia, sudoración. ⁽¹⁰⁾

También puede ser definido (Tobal, 1990): Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistemas de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser facilitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. ⁽¹¹⁾

La ansiedad es una reacción del individuo que se produce cuando ve a un agente (situaciones o estímulos que se caracterizan objetivamente por algún tipo de peligro físico o psicológico) como algo amenazador (percepción de dicha situación por parte del individuo como algo potencialmente peligroso o dañino). ⁽¹²⁾

El entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que entorpecen aún más el contacto físico con el bebé hace que la tristeza de los padres sea normal, tener un hijo prematuro e ingresado a la UCI neonatal en una de las experiencias más traumáticas que puede haber para los padres, la dependencia de las máquinas, monitores y otros para su cuidado significa una imagen alejada de su ideal parental. Es normal que experimenten una serie de sentimientos muy intensos, que van desde la incredulidad y el shock, hasta la tristeza, la rabia o la depresión.

Entre las dudas que les asaltan suele estar la de si el bebé sabrá quiénes son sus padres o cómo le afectará estar hospitalizado. Los padres algunas veces, incluso piensas que no quiere a su hijo y se asustan de tener dicha sensación. Finalmente aparece el celo y la rivalidad: el equipo de salud les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé y por ello que muchas veces se sienten minusválidos y extraños frente a sus hijos. La negación es un mecanismo de defensa del inconsciente y es posible encontrarlo acompañado a cualquiera de las etapas anteriores. El que los padres puedan permanecer con sus hijos todo el tiempo que deseen y que pueden entrar en la unidad en cualquier momento, aumenta la confianza de los padres en los cuidados que se proporcionan a su hijo, disminuye la ansiedad y la depresión en los padres y mejora el vínculo padre/hijo

MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD:

La ansiedad puede observarse a un triple nivel de respuesta:

- Cognitivo-subjetivo (la experiencia)
- Fisiológico (cambios corporales)
- Motor (conductual-observable)

La Ansiedad A Nivel Cognitivo-Subjetivo

A este nivel, la ansiedad se experimenta como preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, dificultad para concentrarse y/o tomar decisiones, sensación de pérdida del control, pensamientos negativos, temor a que los demás se den cuenta de nuestras dificultades, anticipaciones negativas, entre otras.

Toda esta sintomatología subjetiva se incrementa cuanto más pensemos en todo ello, cuanto más nos concentremos en nuestra ansiedad, mientras que disminuye si pensamos en otras cosas.

Las técnicas cognitivas nos enseñan a observar y modificar nuestros pensamientos de manera que consigamos controlar o manejar nuestra ansiedad.

Las respuestas a nivel cognitivo-subjetivo se evalúan mediante inventarios (cuestionarios, escalas) entrevistas y autoregistros que pretenden evaluar los datos reportados directamente por la persona.

La Ansiedad A Nivel Fisiológico

A este nivel, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros, como el Sistema Nervioso Central, el Endocrino y/o el Inmune.

De todos los cambios corporales que se producen, sólo percibimos algunos en respuestas tales como cambios en la tasa cardiaca y respiratoria, aumento de la sudoración, cambios en la temperatura periférica, incremento de la tensión muscular, sensaciones gástricas, sensaciones de mareo, sequedad de boca, etc.

Hay otros cambios fisiológicos que también se producen bajo reacciones de ansiedad pero que no somos capaces de percibir, como cambios en la presión arterial, cambios en la respuesta electrotérmica (propiedades eléctricas de la piel, resistencia o conductancia).

Estos cambios que no podemos percibir solo pueden ser medidos con aparatos de registro fisiológico, mientras que para las otras manifestaciones se pueden usar instrumentos de autoinforme.

La persistencia durante mucho tiempo de estos cambios fisiológicos producidos por la ansiedad puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios tales como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, disfunciones gástricas, etc.

La Ansiedad A Nivel Motor

A nivel motor u observable, la ansiedad se manifiesta en forma de inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, tartamudez, evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (tabaco, comida, bebidas, etc.), llanto, tensión en la expresión facial, entre otras.

En este nivel expresivo de las reacciones de ansiedad encontramos aquellas conductas observables que se caracterizan por ser indicios de un estado de alerta, o conductas poco ajustadas o escasamente adaptativas, así como las que indican malestar subjetivo o alta activación fisiológica. Todas estas manifestaciones de ansiedad pueden ser evaluadas mediante pruebas de autoinforme, así como mediante observación conductual. En este último caso, los datos no los proporciona la persona, sino un observador externo en un determinado tiempo.

El mantenimiento bajo control de la conducta motora (una conducta adecuada al contexto, adaptada a las demandas de la situación), suele favorecer unos niveles bajos de ansiedad en los otros sistemas de respuesta. Por el contrario, si perdemos el control sobre la conducta motora, aumentará la ansiedad a nivel cognitivo y fisiológico.⁽¹³⁾

Spielberger ⁽¹⁴⁾ (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La **ANSIEDAD-ESTADO**, según Spielberger (1972), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la **ANSIEDAD-RASGO** hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo estas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.

En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán como menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de

ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo (Pons, 1994; Wadey y Hanton, 2008; Mellalieu y Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009).

La interacción entre ambos tipos de ansiedad explica porque la ansiedad-estado puede variar, tanto entre individuos (la característica de ansiedad puede ser diferente ante la misma situación), como individualmente (la misma persona experimenta ansiedad en una situación, pero no en otra). En cuanto a la ansiedad-rasgo, habría que suponer que individualmente varia poco, y, debido a su influencia, las diferencias de ansiedad-estado entre individuos deberían mantenerse ampliamente estables (consistencia relativa). Finalmente, Hackfort y Spielberger (1989) postulan que, en caso de ansiedad- rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado.

El "Cuestionario de ansiedad rasgo-estado" de C. D. Spielberger (1970) dio a los investigadores la oportunidad definitiva de determinar los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado, convirtiéndose en un instrumento de uso casi exclusivo. Se señala que en las dos últimas décadas se publicaron más de 3000 estudios utilizándolo. Los ítems de la ansiedad rasgo en este test se seleccionaron en función de su correlación con las puntuaciones totales de otras escalas de ansiedad, reflejando los sujetos como se sienten generalmente e indicando la frecuencia con que experimentan síntomas de ansiedad. En la escala de ansiedad estado se consideró tanto la validez de constructo como la consistencia interna y la facilidad y rapidez de administración.

CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD:

ANSIEDAD ESTADO:

La ansiedad estado (A/E) esta conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria y fluctuante en el tiempo. El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante

La ansiedad estado se expresa como la susceptibilidad transitoria a presentar reacciones emocionales sólo en determinadas situaciones específicas.

En 1982 Spielberger conjuntamente con otro autor Gorsuch menciona el instrumento STAI cuyo nombre original es State Trai Anxiety Inventory el cual comprende escalas separadas de autoevaluación midiendo dos conceptos independientes de la ansiedad como estado y como rasgo, es un instrumento ideado para investigar los fenómenos de ansiedad en adultos normales escolares de estudio medios, superiores y en pacientes de diversos grupos clínicos.

La medición de la ANSIEDAD ESTADO tiene un puntaje de 0 a 60 puntos una vez que el individuo se haya evaluado habrán preguntas que orienten a:

- **ANSIEDAD ESTADO AFIRMATIVO**

Los cuales estarán identificados como: nerviosismo (4, 9, 12,18); tensión (3,6); intranquilidad (13, 14) y preocupación (7,17) que conforman la escala directa siendo estas los ítems 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18.

- **ANSIEDAD ESTADO NEGATIVO:**

Aquellos que denotan activación positiva, animación (10,19); bienestar (1,5,8,15); satisfacción (16,20) y confianza en si mismo (2,11), siendo estos los ítems 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 denominada la escala invertida.

ANSIEDAD RASGO:

La ansiedad-rasgo es la parte de la personalidad del individuo más o menos estable que se caracteriza por una predisposición para percibir ciertos estímulos del medioambiente como amenazantes o no, y a responder a estos con un aumento o no de la ansiedad-estado (Spilberger, 1966).

La ansiedad rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). Como un concepto psicológico, la A/R posee características similares a los constructores que Atkinson llama “motivos” (esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y que Campbell alude como “disposiciones comportamentales adquiridas”.

NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO:

La Ansiedad Estado se clasifica en los siguientes niveles:

- a) **ANSIEDAD LEVE:** Se caracteriza por un estado de alerta, percepción alerta, los ruidos parecen fuertes, la conciencia y la capacidad asociativa están muy elevadas, leve irritabilidad. De menos impacto a una amenaza o impacto produce ciertos cambios

de conducta, que son superados fácilmente y la intensidad es el mismo ejemplo: no tiene apetito y con solo hacerle compañía este se restablece.

- b) **ANSIEDAD MODERADA:** El campo perceptivo se reduce, pero el sujeto presta atención si se lo propone, dirige su concentración sobre el problema que le aqueja; la actividad se incrementa, pero su conocimiento perceptual disminuye, o sea que el sujeto no se da cuenta lo que sucede a su alrededor y la intensidad es medida, ejemplo: cuando conversa pierde la paciencia fácilmente, frente a esto se tratara de hacer verbalizar sus sentimientos y poco a poco el sujeto puede ir recuperando su actividad.
- c) **ANSIEDAD SEVERA O GRAVE:** La persona se interesa en detalles, pero no advierte las conexiones entre estos, puede presentar temblores, la actividad mental es elevada, impide que el sujeto pueda discernir y su intensidad es muy alta, que puede tornarse en pánico, donde sus pensamientos y el habla se tornan incoherentes, ejemplo: la persona no descansa y con frecuencia tiene insomnio. ⁽¹⁵⁾

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

El recién nacido prematuro no posee órgano o sistema capaz de funcionar por cuenta propia y es por ello que el tratamiento busca lograr en forma artificial las condiciones que le permitan crecer y desarrollarse fuera del vientre materno. Este objetivo se ha conseguido con la creación de las unidades de cuidado intensivo neonatal a partir de la década del setenta.

En estas unidades estos bebés son hospitalizados y colocados en una incubadora que les ayudará a mantener su temperatura; se les conectará

a monitores con alarmas que permitirán tener un control permanente de funciones vitales como la frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura, presión arterial, la saturación de oxígeno (nivel de oxígeno en sangre). También serán frecuentemente analizados con pruebas de laboratorio de muestras de sangre tomadas del talón, una vena o a través de un catéter umbilical. La mayoría tendrán que ser sometidos a estudios radiológicos, ecográficos y recibirán evaluaciones por otros especialistas dependiendo de los problemas que presenten. Algunos necesitarán recibir oxígeno, otros respiración artificial y casi todos requerirán recibir líquidos por una vena que puede ser la umbilical.

Muchos prematuros necesitarán ser colocados bajo lámparas de luz (fototerapia) y los menores de 1500 gramos serán alimentados por una sonda orogástrica, que es un tubo colocado en el estómago a través de la boca. Estas características comunes en todas las unidades de cuidados intensivos neonatales, en las que se observa la presencia permanente de pediatras, neonatólogos, enfermeras, nutricionistas, fisioterapistas, cardiólogos, cirujanos, neurólogos, oftalmólogos, además de equipos sofisticados y lenguaje lleno de tecnicismos, hacen que la unidad se torne hostil y constituya un ambiente agresivo para los bebés y difícil de comprender y aceptar para los padres. Aquí radica la importancia en que los médicos y el personal que atienden al prematuro logren involucrar a los padres en la atención del bebé.

RECIÉN NACIDO PRETERMINO

El recién nacido prematuro o pretérmino es un bebé que nace de un embarazo menor de 37 semanas. La definición más precisa es la que señala que prematuridad es sinónimo de inmadurez. El grado de inmadurez

establecería la relación del prematuro con su medio y determinaría su capacidad para resolver problemas. De esta capacidad, además de la asistencia que se le brinde, dependerá su futuro inmediato y a largo plazo.

La incidencia de la prematuridad varía entre 8 a 15 %. Siendo el promedio mundial de 11%. Esta cifra es diferente si se comparan distintas áreas geográficas y está demostrado que los factores socio-económicos determinan variaciones muy significativas, colocando en los países de menores recursos cifras tan altas como 15%. La mortalidad, a pesar de los avances tecnológicos, sigue siendo alta y existen grandes diferencias dependiendo de la región y de las condiciones con que se cuenten para su atención. En nuestro país, la prematuridad, es una de las tres primeras causas de mortalidad de los recién nacidos, junto con la asfixia al nacer y las infecciones.

Factores De Riesgo De Prematuridad

- Antecedente de aborto.
- Antecedente de prematuridad.
- Drogadicción.
- Edad materna < 16 años y > 35 años.
- Enfermedad crónica materna.
- Estrés.
- Malnutrición y anemia materna.
- Malformación uterina.
- Nivel socio económico bajo.
- Tabaquismo materno.
- Escaso aumento de peso en el embarazo.

- Infección urinaria.
- Control pre-natal escaso o nulo.
- Embarazos muy cercanos.
- Enfermedades inducidas por el embarazo (Toxemia).
- Embarazo múltiple.
- Ruptura de las membranas/ infección uterina.
- Hemorragia del tercer trimestre.
- Traumatismo abdominal bajo.

El siguiente problema que enfrentamos es la posibilidad que el prematuro desarrolle un trastorno respiratorio que puede ser muy severo comprometiendo su oxigenación: “la enfermedad de membrana hialina”, que en la actualidad gracias a la aparición del surfactante; así como al desarrollo de técnicas de respiración artificial y la administración de corticoides a la embarazada, han logrado disminuir significativamente la muerte y las complicaciones de esta enfermedad.

La nutrición del bebé prematuro es otro de los retos que enfrenta el equipo encargado de su cuidado. Nadie discute que la leche materna es el alimento ideal para estos bebés y se han ideado muchas estrategias para conseguir que las madres de prematuros puedan amamantarlos aun cuando se encuentren hospitalizados.

Actualmente existen fórmulas para prematuros a las que se puede recurrir cuando no es posible tener la leche de su madre. Algunos bebés prematuros son tan pequeños que van a requerir ser alimentados a través de un tubo que llega al estómago (sonda orogástrica), debido a que ellos no pueden succionar o no son capaces de coordinar la succión y la deglución,

por lo general podrá alimentarse sin ayuda cuando superen los 1500 gramos.

En aquellos en los que el estado de su salud no permite ser alimentados por vía digestiva, será necesario recurrir a la nutrición parenteral, que logrará el crecimiento del bebe al administrar nutrientes a través de una vena. Las infecciones, en los recién nacidos y particularmente en los prematuros, son causa importante de enfermedad y muerte. Felizmente, la aparición de los antibióticos ha sido considerada una herramienta eficaz para poder combatir este problema. Pero existen muchas otras medidas que pueden lograr reducir significativamente las infecciones, y de ellas la que mejores resultados ha dado es el lavado estricto de manos al atenderlos. Existen muchas otras enfermedades que pueden aparecer en la evolución de un bebe prematuro. Los órganos más susceptibles de sufrir daños irreparables, son el pulmón, el cerebro y el ojo que pueden afectarse y dejar secuelas a largo plazo o permanentes. La mayoría de veces la hospitalización de un prematuro puede ser muy prolongada hasta conseguir que él bebe pueda ser entregado y manejado por los padres y dejará la incubadora cuando sea capaz de regular su temperatura. Para ser dado de alta requerirá alcanzar un peso aproximado a los 2000 grs.

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO PREMATURO:

- La piel del prematuro es más fina y brillante. Se puede visualizar claramente las venas como una red.
- El color puede ser más sonrosado al nacer, aunque suelen presentar ictericia en los días siguientes

- El cabello es fino y más abundante (lanugo) por todo el cuerpo o por el contrario no tener vellos
- Las mamilas son más planas
- En las niñas, los genitales tienen un aspecto algo extraño porque los labios mayores no cubren a los menores. En los niños Testículos no descendidos, escroto con pocas arrugas.
- Peso: Menos de 2,5kg. (Mayor pérdida fisiológica).
- Talla: Menos de 47cm.
- Perímetro torácico: Menos de 29cm.
- Perímetro craneal: Menos de 34cm.
- Actividad postural extremidades: Hipotonía y extremidades en extensión.
- Craneotabes (huesos craneales blandos)
- Ojos prominentes: El aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26 semanas, por lo que es un signo a valorar para saber si el feto será viable o no.
- Pabellón auricular blando y mal desarrollado.
- Uñas blandas y cortas.
- Pliegue único transversal en plantas de los pies.

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO PREMATURO:

Las complicaciones más frecuentes son:

- Depresión al nacer
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Hemorragia intracraneana
- Enterocolitis necrotizante
- Ductus arterioso persistente

- Displasia broncopulmonar
- Parálisis cerebral

VENTILACION MECANICA: La ventilación mecánica se utiliza en la población neonatal cuando hay alteraciones en la capacidad de los pulmones para mantener una ventilación adecuada. Entre las causas de insuficiencia respiratoria más comunes se incluyen:

- Trastornos neurológicos (apnea de la prematuridad, hemorragia intraventricular, anomalías congénitas neurológicas, depresión respiratoria por fármacos).
- Alteración de la función pulmonar (inmadurez pulmonar, infecciones y neumonía, edema pulmonar, lesión pulmonar secundaria a asfixia, síndrome de aspiración de líquido meconial, malformaciones congénitas que limitan el crecimiento de los pulmones)-
- Compromiso cardiovascular (cardiopatías congénitas, hipertensión pulmonar persistente, permeabilidad del conducto arterioso, policitemia).
- Obstrucción de las vías aéreas (atresia de coanas, síndrome de Pierre Robin)
- Trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipotermia, acidosis metabólica)

Indicaciones:

- Apnea persistente que no responde a tratamientos médicos y farmacológicos.
- CPAP > 8 mmH₂O con concentración de oxígeno > 80 %
- Insuficiencia respiratoria (PACO₂ > 55 mmHg, PAO₂ < 50 mmHg)

- Compromiso de la función pulmonar (neumonía, aspiración de meconio, síndrome de dificultad respiratoria, neumotórax, hipertensión pulmonar persistente)
- Defectos Congénitos anatómicos (Hernia diafragmática, hipoplasia pulmonar)
- Trastornos neurológicos que afectan los centros respiratorios.

TIPOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA

Los objetivos de la ventilación mecánica consisten en mantener y alcanzar un intercambio gaseoso adecuado, disminuir las probabilidades de lesión mecánica de los pulmones, reducir el esfuerzo respiratorio y permitir que el paciente este más cómodo.

Ventilación convencional: Con los avances en los tipos de respiradores y microprocesadores, la ventilación mecánica en el periodo neonatal es cada vez más precisa y eficiente.

En los neonatos, el sistema de ventilación mecánica más utilizado son los aparatos limitados a presión y ciclados a tiempo. Los respiradores limitados a presión permiten la generación de flujo continuo, que es esencial para el paciente que tiene respiración espontánea. El flujo continuo pasa desde el circuito hacia el paciente; durante la inspiración, se cierra la válvula de espiración y el flujo pasa hacia el paciente.

En la actualidad se están incorporando a estos sistemas el flujo de demanda y el sistema sincronizado de flujo. En el sistema de flujo de demanda, se selecciona un flujo mecánico y se mantiene un flujo bajo entre las frecuencias mecánicas. Si, en el momento de la respiración espontánea,

hay necesidad de administrar un flujo mayor, se complementa éste con el flujo de demanda.

Los respiradores limitados a presión y ciclados a tiempo pueden utilizarse en las formas de ventilación mandatoria intermitente (IMV) y presión positiva continua de las vías aéreas (CPAP). En el modo IMV se establece la frecuencia respiratoria, aunque no se ajusta a las demandas del neonato. No es sincronizado y es muy incómodo para el neonato, que permanece agitado. En consecuencia, mantiene un trabajo de respiración más acentuado, aumenta los requerimientos de oxígeno y metabólicos, el volumen corriente es inconstante, la presión y el flujo son irregulares y se pueden producir neumotórax y alteraciones en la perfusión cerebral.

La ventilación intermitente mandatoria sincronizada (SIMV) es otra opción de ventilación en los neonatos. Estos aparatos tienen transductores de presión que se colocan en el abdomen del paciente, con capacidad para detectar movimientos diafragmáticos, de esta forma es posible sincronizar la frecuencia respiratoria del respirador y el esfuerzo respiratorio del paciente, también permite que el neonato mantenga respiraciones espontáneas entre la ventilación mecánica. Este sistema evita que el paciente compita con la frecuencia respiratoria preestablecida del respirador, que lo incomoda y aumenta su agitación. En consecuencia, se altera la oxigenación adecuada y aumentan la presión intracraneal y la presión arterial sistémica.

Ventilación de alta frecuencia: La ventilación de alta frecuencia utiliza diversas técnicas de ventilación con las que se logra volúmenes totales menores que el espacio muerto pulmonar, con frecuencias suprafisiológicas.

Uno de los principales objetivos de la ventilación de alta frecuencia es reducir el barotrauma causado por la ventilación convencional. La ventilación de alta frecuencia utiliza un volumen corriente menor, con frecuencias mayores que 60 ciclos/min, en algunos casos pasa los 1000 ciclos/min. Estas altas frecuencias permiten la ventilación con generación de una presión intratorácica baja. El volumen corriente calculado es menor que el espacio muerto anatómico de los pulmones. Estos aparatos disminuyen el barotrauma porque permiten que la ventilación y el intercambio gaseoso se produzcan con la administración de presión baja de amplitud, aproximadamente la misma presión media de las vías aéreas en la vía aérea distal.

Modalidades: Ventilación de tipo jet: frecuencia de 60-600 rpm con espiración pasiva.

Oscilatoria: frecuencia máxima de 300-3000 rpm y espiración activa.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO Y SUS PADRES

Tener un hijo prematuro e ingresado en la UCI Neonatal es una de las experiencias más traumáticas que puede haber para los padres, pues las expectativas que se tenían frente a la llegada de un nuevo ser a la familia cambian sustancialmente llevándolos a experimentar una serie de sentimientos muy intensos, que pueden ir desde la incredulidad hasta la tristeza, la rabia o la depresión.

La interrupción de este vínculo continúa siendo de preocupación para quienes atendemos a esta clase de pacientes y por lo tanto un reto para buscar el restablecimiento de este lazo en miras al beneficio del paciente y su familia como grupo de apoyo.

Por esta razón enfermería es la pionera en la búsqueda de los medios para intervenir en esta clase de situaciones generadoras de crisis que vienen de la mano con el incremento de prematurez y permitir la posibilidad de crear los ambientes propicios para la construcción del vínculo afectivo, aun cuando el bebé deba permanecer en la UCIN haciendo partícipes a los padres en la planeación, ejecución y mantenimiento del cuidado de sus hijos.

El apoyo incondicional, constante y siempre oportuno de la enfermera para acompañar a los padres conduciéndolos por el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros, es vital en la estabilización emocional y fortalecimiento de aspectos positivos con los que se logre superar la crisis encaminado al bienestar del recién nacido.

La participación de los padres en las actividades de cuidado de sus bebés prematuros los lleva a experimentar momentos íntimos en sus hijos en los cuales es posible restablecer el vínculo afectivo fomentando sentimientos de plenitud al sentirse útiles, capaces, autónomos e irremplazables.

Dentro de la función de la enfermera podemos decir que será la de reducir los factores de riesgo psicosocial en juego en los protagonistas de la crisis (madre-niño); estimular un “apego seguro”, facilitar la tarea de los profesionales directamente involucrados con la problemática de

supervivencia del neonato prematuro, ayudándolos a desplegar su función de agentes de salud en un ambiente netamente asistencialista. Se debe reconocer las capacidades de los padres para el cuidado del niño y potenciarlas, aclarar sus dudas, brindar una atención personalizada, facilitando el paso ellos por esta transición de la vida, centrándose en el acontecimiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a sus sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.

Para todos los profesionales de la salud dedicados a la atención de los recién nacidos es muy importante el trabajo con los padres. Ya que los padres son una constante en la vida de cualquier niño; la familia es uno de los factores que más influye en su vida futura, aun más si tienen alguna alteración en su desarrollo. Porque va a ser en la familia donde el niño crezca, se desarrolle y aprenda a desenvolverse, y serán sus padres, siempre orientados por los profesionales de la salud los que tendrán que trabajar por su futuro y por la promoción de su desarrollo y su salud.

F. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

✓ Nivel de ansiedad estado:

Situación en la que las madres de los recién nacidos prematuros que se encuentran en ventilación mecánica experimentan de manera inmediata, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos..

✓ Recién nacidos prematuros:

Son todos los recién nacidos prematuros menores de 36ss de edad gestacional que se encuentran con soporte ventilatorio en fase III (ventilación mecánica) hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional Materno Perinatal.

✓ Ventilación Mecánica:

Es un tipo de soporte ventilatorio que se proporciona a los recién nacidos prematuros que han desarrollado un trastorno respiratorio severo pues ha comprometido su oxigenación como por ejemplo enfermedad de membrana hialina, SDR, entre otros y necesitan de una maquina externa para favorecer la respiración.

✓ Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales:

Es la unidad donde se brinda atención altamente especializada al recién nacido prematuro, cuenta con personal médico y de enfermería capacitados en la atención al prematuro contando con la tecnología de primera y equipo moderno que nos permite dar los cuidados necesarios.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque permitió medir la variable de estudio, fue de nivel aplicativo transversal porque nos da un aporte para la mejora de la práctica de enfermería, el método de estudio fue descriptivo simple de corte transversal porque la variable se estudió en un determinado período de tiempo, haciendo un corte en el tiempo.

B. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

El presente estudio tuvo como sede el Instituto Nacional Materno Perinatal del MINSA que fue fundada un 10 de octubre de 1826, es un Instituto de nivel IV y de referencia a nivel nacional de alta complejidad; se

encuentra ubicado en el distrito del Cercado de Lima en el Departamento de Lima, aproximadamente a 1 ½ Km, de la plaza de armas; en Jirón Miroquesada 941 Barrios Altos.

Su estructura consta de dos bloques principalmente para hospitalización de Alojamiento Conjunto, Neonatología, Centro Obstétrico, Sala de operaciones; además de servicios de Consultorios Externos y Emergencia.

El servicio de hospitalización de Neonatología cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), que se encuentra subdividido en tres áreas UCIN-A, B, C cada una de ellas con una capacidad de un máximo de 10 pacientes; además de contar con equipamiento moderno, ventiladores mecánicos y tienen personal altamente calificado para la atención del neonato en estado crítico.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

En el presente estudio la población estuvo constituida por todas las madres de los recién nacidos prematuros que son sometidos a ventilación mecánica en el INMP del servicio de UCIN, que hacen un total de 72 (100%), durante los meses de agosto 2011 a enero del 2012.

La muestra se obtuvo por muestreo probabilístico sistemático al azar simple, conformada por las madres de los neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales sometidos a ventilación mecánica.

Se utilizó la siguiente fórmula estadística, correspondiente al tamaño de muestra para la estimación de un promedio y una proporción poblacional.

$$n = \frac{NZ^2pq}{[e^2 (N)] + [Z^2pq]}$$

$$n = \frac{(72) (1.96)^2(0.5) (0.5)}{[(0.05)^2 (72)] + [(1.96)^2(0.5) (0.5)]}$$

$$n = 60 \text{ madres de familia}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

Z = nivel de confianza del 95% (1.96)

p = proporción de éxito del 50% (0.5)

q = 1- p (0.5)

e = error muestral del 5% (0.05)

Para la selección de la muestra se aplicó los siguientes criterios:

De Inclusión:

- Las madres cuyos hijos son prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con soporte ventilatorio fase III ventilación mecánica.
- Que acepten participar en el estudio.

De Exclusión:

- Que tengan menos de 15 años de edad.
- Que hayan tenido hijos con hospitalizaciones previas.
- Madres de Recién Nacidos con malformaciones congénitas.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó como técnica la entrevista – encuesta y como instrumento se aplicó el test de autoevaluación de Spielberger STAI, ansiedad estado ya validado por el mismo autor y que se utilizó en este estudio para aplicarlo en las madres de los recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica en el servicio de UCIN del INMP (Ver Anexo N° B).

En 1982 Spielberger conjuntamente con otro autor Gorsuch menciona el instrumento STAI cuyo nombre original es State Trai Anxiety Inventory el cual comprende escalas separadas de autoevaluación midiendo dos conceptos independientes de la ansiedad como estado y como rasgo, es un instrumento ideado para investigar los fenómenos de ansiedad en adultos normales escolares de estudio medios, superiores y en pacientes de diversos grupos clínicos.

El cuestionario consta de 40 preguntas; las 20 primeras hacen referencia a la ansiedad estado mientras que las otras 20 hacen referencia a ansiedad rasgo. Para cada ítem existe cinco alternativas de respuesta este cuestionario es de utilidad clínica para diferenciar ambos tipos de ansiedad para brindar una oportuna intervención.

En el presenta estudio solo se tomó e lo correspondiente a ansiedad estado.

La medición de la ANSIEDAD ESTADO tiene un puntaje de 0 a 60 puntos una vez que el individuo se haya evaluado habrán preguntas que orienten a:

ANSIEDAD ESTADO AFIRMATIVO

Los cuales estarán identificados como: nerviosismo (4, 9, 12,18); tensión (3,6); intranquilidad (13, 14) y preocupación (7,17) que conforman la escala directa siendo estas los ítems 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18.

ANSIEDAD ESTADO NEGATIVO:

Aquellos que denotan activación positiva, animación (10,19); bienestar (1,5,8,15); satisfacción (16,20) y confianza en si mismo (2,11), siendo estos los ítems 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 denominada la escala invertida.

Para obtener el resultado se utilizó la siguiente fórmula:

$$AE = 30 + ed - ei$$

Dónde:

“ed” es la escala directa y “ei” es la escala indirecta, con la obtención del resultado se lleva a la tabla de baremos en donde los puntajes se subdividen a decatipos obteniéndose que:

Ansiedad leve	1 al 4
Ansiedad moderada	5 al 7
Ansiedad severa	8 al 10

El instrumento consta de introducción, instrucciones, nueve preguntas abiertas sobre datos generales y el test de STAI con 20 ítems o enunciados con respuesta única.

E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el proceso de recolección de datos, se solicitó el permiso institucional correspondiente, a continuación se seleccionó la muestra en forma aleatoria teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Previamente a la aplicación del instrumento se solicitó a las madres su consentimiento para su participación en la investigación.

El instrumento se aplicó a las madres en el ambiente denominado Lactario del Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, previa coordinación con la Jefa de Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, durante los turnos de mañana y/o tarde según se estime conveniente. El tiempo mínimo estimado para cada madre encuestada fue de 25 minutos.

Los datos recolectados fueron procesados manualmente previa codificación, a través de un vaciado en una tabla matriz, para que los resultados puedan ser elaborados en cuadros estadísticos para su análisis respectivo.

F. CONSIDERACIONES ETICAS

Para el estudio se tuvo en consideración los principios de la ética (no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía) por lo que solicitó a la institución los permisos necesarios y contar con el apoyo del comité ética, para lo se desarrolló el consentimiento informado.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Del total de madres encuestadas sobre el nivel de ansiedad estado, el 60% (36) se encuentran entre las edades de 20 a 30 años, 33.3% (20) se encuentran entre 31 – 40 años y el 6.7% (4) se encuentran entre los 40 – 45 años. (ANEXO D).

Respecto al estado civil el 53.3% (32) son solteras y el 46.7% (28) son casadas. (ANEXO E).

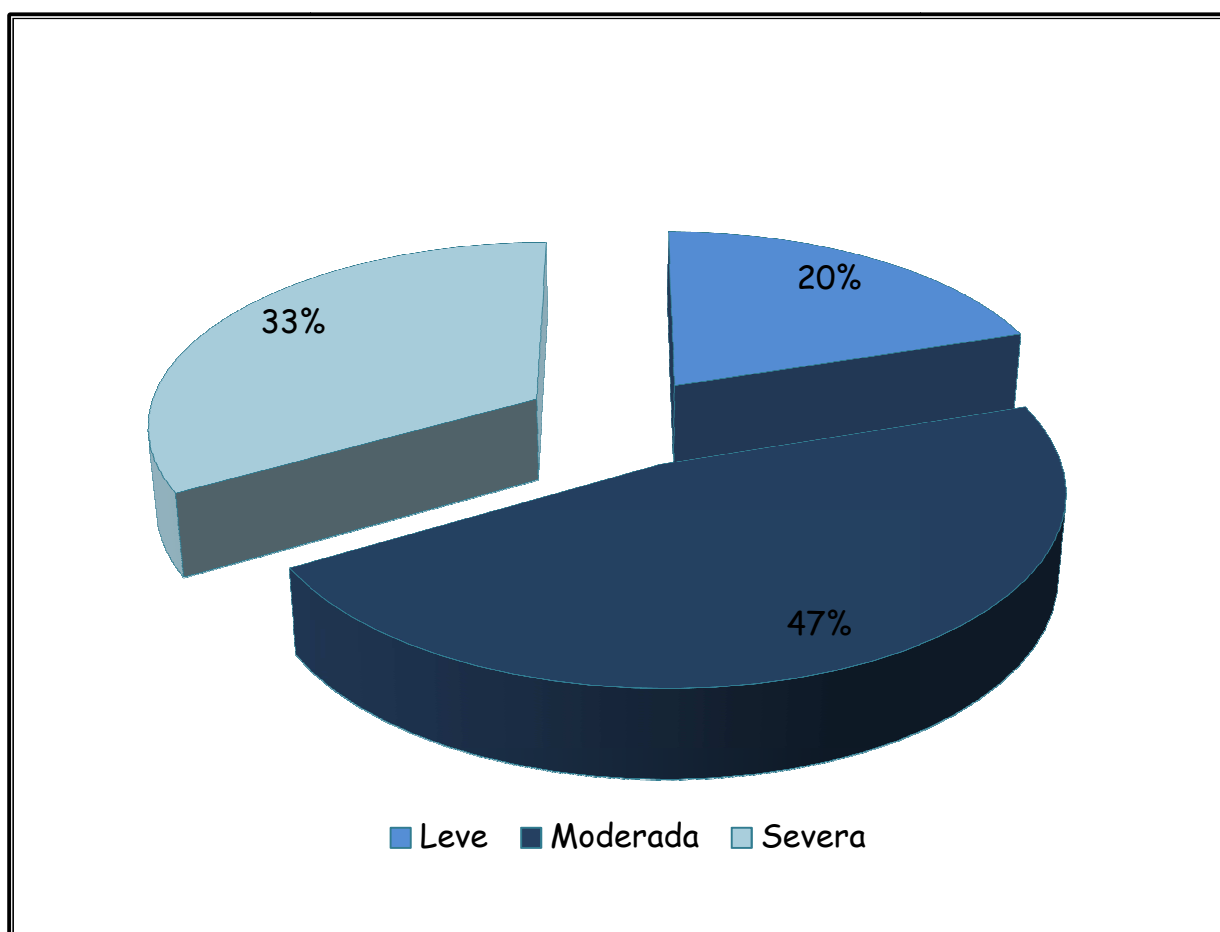
Referente al recién nacido prematuro el 58.4% (35) son de sexo masculino y el 41.6% (25) son de sexo femenino (ANEXO F).

En relación a la edad gestacional tenemos que el 53.3% (32) han nacido entre las 29 – 32 semanas considerándose muy prematuros y 36.7% (22) nacieron entre las 33 – 37 semanas considerándose prematuros tardíos y en 10% (6) nacieron con menos de 28 semanas considerándose prematuros extremos (ANEXO G).

En base a su estancia hospitalaria del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatal tenemos que el 26.7% (16) están de 15 – 21 días, el 25% (15) entre los 8-14 días, el 36.6% (22) están entre el 1 – 7 día y el 11.7% (7) están entre los 22 – 30 días de hospitalizados (ANEXO H)

GRAFICO N° 1

**NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO QUE PRESENTAN LAS MADRES DE
RECIEN NACIDOS PREMATUROS SOMETIDOS A VENTILACIÓN
MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATAL. INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL
LIMA – PERU
2012**



Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.INMP.2012

Respecto al nivel de ansiedad estado que presentan las madres con recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica, se evidencia que del total 100% (60), el 46,7% (28) madres se presentan un nivel moderado, seguido del 33,3% (20) madres presentan un nivel de ansiedad severa y sólo el 20% (12) madres un nivel leve.

Spielberger, considera que para definir ansiedad de una forma adecuada se debe tener en cuenta la diferencia entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad; ANSIEDAD - ESTADO es un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos.

Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán como menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo

El nacimiento de un recién nacido prematuro es inevitable trae una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y producen ansiedad en los miembros de una familia, siendo este considerado generalmente un acontecimiento negativo; incluyen el percibir la sensación de fracaso de tener un recién nacido enfermo, el temor a la muerte, la alteración de apego de la madre – hijo, la interrupción de la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en este periodo.

Es en este momento donde la ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de un estado de ansiedad debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante; es preciso resaltar que en una madre cuando confluyen una serie de elementos generando un grado de ansiedad que aumenta la posibilidad de sufrir enfermedades psicosomáticas; sumando al solo hecho del nacimiento o aparición de un nuevo miembro en la familia la presencia de enfermedad, el cual da cabida a otros eventos como cambios en el estado financiero, si se considera los gastos monetarios que implican los cuidados especializados; cambio en la recreación por mayor dedicación al neonato, cambios en las actividades sociales; y cambios en los hábitos de sueño, la alimentación, la higiene o el acicalamiento. Asimismo las madres pueden llegar a presentar síntomas físicos de la ansiedad como consecuencia de la presencia de algunos factores, ellos son la condición de salud del neonato, las características ambientales del lugar en donde se encuentra hospitalizado y la separación del binomio madre - niño, además de ello con respecto a la condición del bebe, las madres, se encuentran en

una constante decisión de permitir la aplicación de medidas terapéuticas por parte del personal de salud para estabilizar la condición del bebe; observando día a día como lo que ellos esperaban tener en brazos un bebe sano saludable se convierte en un bebe intubado internado en la UCIN, con catéteres, conectados a ventilador mecánico para poder mantenerlo con vida, llevando un tratamiento para la mejora de su salud, teniendo en cuenta el tiempo de permanencia en la UCIN es una situación que lleva a la ansiedad impidiéndoles cumplir su rol de padres.

Con la mayor instrumentalización y con la implementación de las unidades de cuidados intensivos neonatales, se abren mayores expectativas de la vida a aquellos recién nacidos prematuros, junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser, el profesional de enfermería debe desde el momento en que el recién nacido prematuro se hospitaliza, intentar incorporar al recién nacido que nace con problemas a su familia, estimulando la visita, promoviendo la lactancia materna cuando sea factible, tratando de incorporar a la madre en el cuidado, para así poder aminorar la angustia y desesperanza, así como fomentar los lazos afectivos que se mantendrán durante toda la vida.

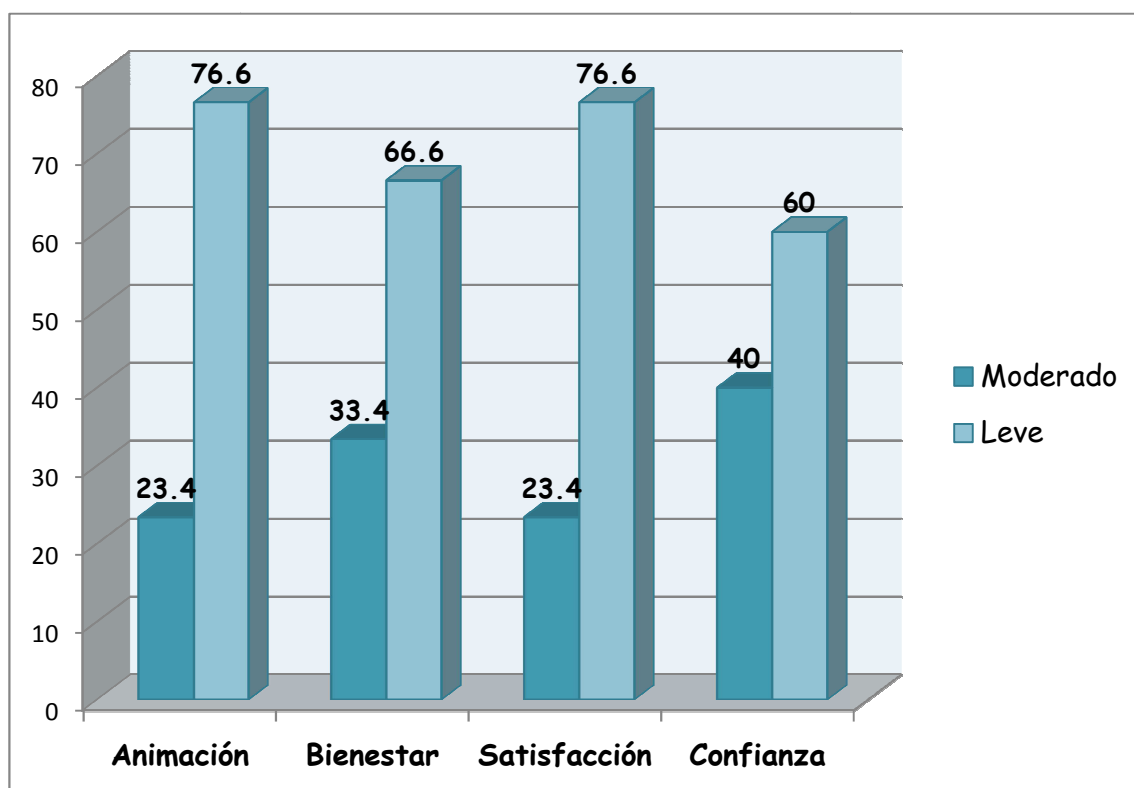
Los niveles de ansiedad estado están clasificados en ansiedad leve, que se caracteriza por un estado de alerta, los ruidos le parecen fuertes, la conciencia y la capacidad asociativa están muy elevadas, leve irritabilidad; ansiedad moderada; el campo de percepción se reduce, pero el sujeto presta atención si se lo propone, dirige su concentración sobre el problema que le aqueja, la actividad se incrementa pero su conocimiento perceptual disminuye; ansiedad severa; la persona se interesa en detalles, pero no advierte las conexiones entre estos, puede presentar temblores, la actividad mental es elevada, impide que el sujeto puede discernir y su intensidad es

muy alta que puede tornarse en pánico donde sus pensamientos y el habla se tornan incoherentes.

Por lo expuesto anteriormente podemos concluir que 46,7% de las madres presentan un nivel de ansiedad estado moderada, significando esto que su campo de percepción se encuentra disminuido, pero si la madre se propone puede mantener la concentración necesario sobre la salud de su recién nacido prematuro, es preciso mencionar que el rol de la enfermera es vital para la madre que se encuentra en este punto pueda ser capaz de sobrellevar toda la carga emocional a la que se enfrenta, brindándole las herramientas necesarias para que su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales sea más llevadera y con ello mejorar la relación madre – hijo y evitar que pase al siguiente nivel de ansiedad que es la severa.

GRÁFICO N° 2

**NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO QUE PRESENTAN LAS MADRES DE
RECIEN NACIDOS PREMATUROS SOMETIDOS A VENTILACION
MECANICA SEGÚN ANSIEDAD ESTADO NEGATIVO EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
LIMA - PERU
2012**



FUENTE: Test de Spielberger – Ansiedad Estado Aplicado a las Madres de Recién Nacidos Prematuros, UCIN INMP 2012.

En el gráfico referente al nivel estado negativo que presentan las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica

tenemos que en el área de animación y satisfacción el 76.6% (46) presentan un nivel de ansiedad leve; mientras que en el área de bienestar el 33.4% (20) y en el área de confianza 40% (24) presentan un nivel moderado.

La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los humanos, que resulta muy adaptativa, pues nos pone en alerta ante una posible amenaza.

También puede ser definido (Tobal, 1990): Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistemas de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser facilitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

La gran variedad de emociones que surge en la madre, al momento de traer al mundo un hijo prematuro, rompe muchas expectativas personales como madre y mujer a la vez. Pudiendo provocar incluso el olvido repentino, que son madres y que deben actuar como tal.

Dentro de los grandes soportes emocionales y sociales que requieren las madres de los recién nacidos prematuros, se encuentran la red de apoyo familiar, como primera instancia y sin menos importancia, el apoyo otorgado por el equipo de salud que trabaja y atiende a su recién nacido prematuro, debido a que son ellos los que entregan su día a día, los informes evolutivos de su bebé, además actúan como entes protectores de

la madre, frente al sentimiento de duelo o crisis que las invaden, al sentirse partícipes de esta situación tan desgarradora para la mujer y su familia.

Con referente a ello Wyly y Allen (1995) señalan que la ansiedad estado de manera negativa está la animación, bienestar, satisfacción y confianza.

Por esta razón enfermería es la pionera en la búsqueda de los medios para intervenir en esta clase de situaciones generadoras de crisis que vienen de la mano con el incremento de prematurez y permitir la posibilidad de crear los ambientes propicios para la construcción del vínculo afectivo, aun cuando el bebé deba permanecer en la UCIN haciendo partícipes a los padres en la planeación, ejecución y mantenimiento del cuidado de sus hijos.

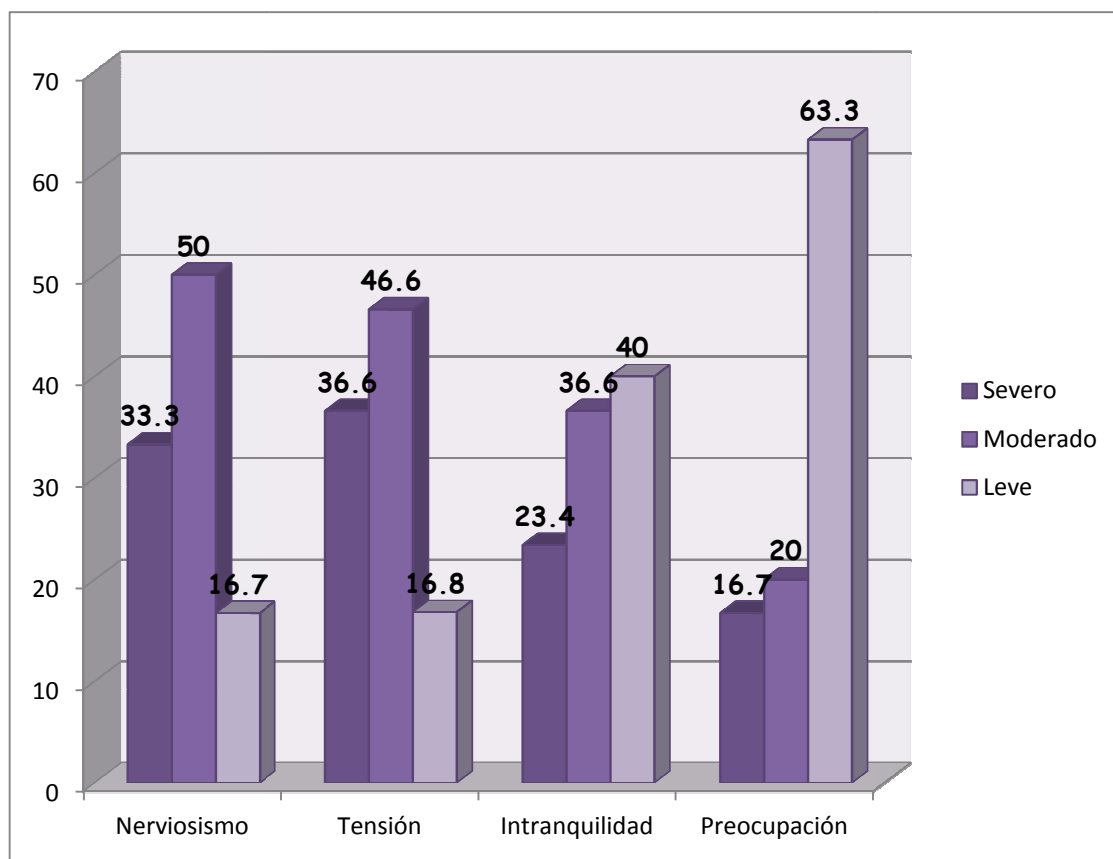
El apoyo incondicional, constante y siempre oportuno de la enfermera para acompañar a los padres conduciéndolos por el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros, es vital en la estabilización emocional y fortalecimiento de aspectos positivos con los que se logre superar la crisis encaminado al bienestar del recién nacido.

En conclusión las madres de recién nacidos prematuros van tener un nivel e ansiedad negativo moderado manifestado bienestar y satisfacción, generando en ellas la confianza necesaria que su bebé está siendo atendido por un personal altamente capacitado, pero sin crear falsas ilusiones en la mejora rápida de sus bebé, pues todo toma un tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales y cada paciente es individual.

GRAFICO N° 3

**NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO QUE PRESENTAN LAS MADRES DE
RECIEN NACIDOS PREMATUROS SOMETIDOS A VENTILACIÓN
MECÁNICA SEGÚN ANSIEDAD ESTADO POSITIVO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES. INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL
LIMA- PERU**

2012



FUENTE: Test de Spielberger – Ansiedad Estado Aplicado a las Madres de Recién Nacidos Prematuros, UCIN INMP 2012.

En el presente gráfico, en relación a nivel estado positivo que presentan las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica, se evidencia que dentro del área de nerviosismo el 50% (30) y tensión 46.6% (28) presentan nivel moderado; en el área de intranquilidad el 40% (24) y preocupación el 63.3% (38) presentan un nivel leve.

La ansiedad estado es entendida como un estado emocional inmediato ante una situación concreta, siento el componente de la ansiedad que presenta mayor variabilidad en cada momento vivido, se caracteriza por un sentimiento subjetivo conscientemente percibido de aprehensión, tensión, asociados a la activación del sistema nervioso autónomo y generando reacciones psicofisiológicas; sin embargo también es cierto que cuando esta emoción es excesiva en intensidad, frecuencia y duración o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo pero que provocan alteraciones en el funcionamiento emocional y funcional del sujeto se considera una manifestación patológica.

La llegada de un recién nacido prematuro conlleva consigo una serie de cambios en la familia sobre todo en la madre, es en este momento donde se rompe el lazo madre – hijo generando con ello miedo, temor, pena, tristeza, entre otras emociones.

El entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que entorpecen aún más el contacto físico con el bebé hace que la tristeza de los padres sea normal, tener un hijo prematuro e ingresado a la UCI neonatal en una de las experiencias más traumáticas que puede haber para los padres, la dependencia de las máquinas, monitores y otros para su cuidado significa una imagen alejada de su ideal parental. Es

normal que experimenten una serie de sentimientos muy intensos, que van desde la incredulidad y el shock, hasta la tristeza, la rabia o la depresión.

Entre las dudas que les asaltan suele estar la de si el bebé sabrá quiénes son sus padres o cómo le afectará estar hospitalizado. Los padres algunas veces, incluso piensas que no quiere a su hijo y se asustan de tener dicha sensación. Finalmente aparece el celo y la rivalidad: el equipo de salud les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé y por ello que muchas veces se sienten minusválidos y extraños frente a sus hijos. La negación es un mecanismo de defensa del inconsciente y es posible encontrarlo acompañado a cualquiera de las etapas anteriores. El que los padres puedan permanecer con sus hijos todo el tiempo que deseen y que pueden entrar en la unidad en cualquier momento, aumenta la confianza de los padres en los cuidados que se proporcionan a su hijo, disminuye la ansiedad y la depresión en los padres y mejora el vínculo padre/hijo

Weinberg define que la ansiedad estado positivo como sensaciones de nerviosismo, tensión, intranquilidad y preocupación.

Al respecto Wyly y Allen (1995) señalan que las madres de niños prematuros atraviesan distintos estados emocionales a lo largo de la hospitalización, inicialmente se encuentran en estado de shock, aterrorizado, confundido e incapaz de concentrarse. Luego aparece el miedo, especialmente a la muerte; no pueden establecer un vínculo emocional con sus hijos (ello intensificado por la incapacidad de la madre de poder establecer apego), se sienten débiles, frágiles e incompetentes.

El personal de enfermería en su rol de cuidador, brinda todas las herramientas necesarias a la madre para crear en ella confianza, seguridad que la atención que está recibiendo su bebé es la adecuada, se le tiene que

dar respuesta a todas sus interrogantes y con ello lograr despejar de las dudas que la preocupan.

De lo anterior podemos deducir que las manifestaciones emocionales negativas de ansiedad mas frecuente en las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica hospitalizados en la UCIN del INMP son el nerviosismo y la tensión lo cual no le permite a las madres establecer un vinculo emocional con sus bebes.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A CONCLUSIONES

- El nivel de ansiedad estado de las madres que tienen a sus recién nacidos prematuros en ventilación mecánica podemos concluir que 46,7% de las madres presentan un nivel de ansiedad estado moderada, significando esto que su campo de percepción se encuentra disminuido, pero si la madre se propone puede mantener la concentración necesario sobre la salud de su recién nacido prematuro, es preciso mencionar que el rol de la enfermera es vital para la madre que se encuentra en este

punto pueda ser capaz de sobrellevar toda la carga emocional a la que se enfrenta, brindándole las herramientas necesarias para que su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales sea más llevadera y con ello mejorar la relación madre – hijo y evitar que pase al siguiente nivel de ansiedad que es la severa.

- Las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica tienen un nivel de ansiedad estado negativo moderado manifestado por bienestar 33.4% y confianza 40%, generando en ellas la confianza necesaria que su bebé está siendo atendido por un personal altamente capacitado, pero sin crear falsas ilusiones en la mejora rápida de sus bebé, pues todo toma un tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales y cada paciente es individual.
- Las manifestaciones emocionales positivas de la ansiedad estado de las madres que tienen a sus recién nacidos prematuros en ventilación mecánica son el nerviosismo 50% y la tensión 46.6% lo cual no le permite a las madres establecer un vínculo emocional con sus bebés.

B. LIMITACIONES

- Los resultados obtenidos en la presente investigación no son extrapolables a otra población.

C. RECOMENDACIONES

- El equipo de salud del INMP debe optimizar las intervenciones de información, educación mediante talleres dirigidos a las madres y familiares de los niños prematuros para disminuir los niveles de ansiedad.

- Se sugiere realizar futuros trabajos de investigación sobre prematuridad y manifestaciones de ansiedad realizando trabajos comparativos con otras instituciones de salud.
- Se sugiere que el departamento de enfermería implemente un programa de educación continua sobre la atención integral de enfermería e incentivar al profesional a brindar orientación mediante talleres y apoyo emocional con la finalidad de aliviar o disminuir las manifestaciones de la ansiedad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A CONCLUSIONES

- El nivel de ansiedad estado de las madres que tienen a sus recién nacidos prematuros en ventilación mecánica podemos concluir que 46,7% de las madres presentan un nivel de ansiedad estado moderada, significando esto que su campo de percepción se encuentra disminuido, pero si la madre se propone puede mantener la concentración necesario sobre la salud de su recién nacido prematuro, es preciso mencionar que el rol de la enfermera es vital para la madre que se encuentra en este

punto pueda ser capaz de sobrellevar toda la carga emocional a la que se enfrenta, brindándole las herramientas necesarias para que su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales sea más llevadera y con ello mejorar la relación madre – hijo y evitar que pase al siguiente nivel de ansiedad que es la severa.

- Las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica tienen un nivel de ansiedad estado negativo moderado manifestado por bienestar 33.4% y confianza 40%, generando en ellas la confianza necesaria que su bebé está siendo atendido por un personal altamente capacitado, pero sin crear falsas ilusiones en la mejora rápida de sus bebé, pues todo toma un tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales y cada paciente es individual.
- Las manifestaciones emocionales positivas de la ansiedad estado de las madres que tienen a sus recién nacidos prematuros en ventilación mecánica son el nerviosismo 50% y la tensión 46.6% lo cual no le permite a las madres establecer un vínculo emocional con sus bebés.

B. LIMITACIONES

- Los resultados obtenidos en la presente investigación no son extrapolables a otra población.

C. RECOMENDACIONES

- El equipo de salud del INMP debe optimizar las intervenciones de información, educación mediante talleres dirigidos a las madres y familiares de los niños prematuros para disminuir los niveles de ansiedad.

- Se sugiere realizar futuros trabajos de investigación sobre prematuridad y manifestaciones de ansiedad realizando trabajos comparativos con otras instituciones de salud.
- Se sugiere que el departamento de enfermería implemente un programa de educación continua sobre la atención integral de enfermería e incentivar al profesional a brindar orientación mediante talleres y apoyo emocional con la finalidad de aliviar o disminuir las manifestaciones de la ansiedad.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Nº	TITULO
A.	Operacionalización de la Variable.
B.	Encuesta
C.	Consentimiento informado.

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Nivel de ansiedad estado de las madres con recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica	<p>La ansiedad estado esta conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.</p> <p>Los Recién nacidos prematuros son niños que nace antes de las 37 semanas de gestación y con un peso</p>	<p>Respuestas emocionales negativas</p> <p>Respuestas emocionales positivas</p>	<p>Nerviosismo</p> <p>Tensión</p> <p>Intranquilidad</p> <p>Preocupación</p> <p>Animación</p> <p>Bienestar</p> <p>Satisfacción</p> <p>Confianza</p>	Es el nivel de ansiedad estado que llegan a presentar las madres que tienen recién nacidos prematuros que se encuentran hospitalizados en el servicio de UCIN y están sometidos a un soporte ventilatorio como es la ventilación mecánica, se considerara a toda madre con recién nacido prematuro que está conectado al VM y se evaluara el nivel de ansiedad estado	<p>Leve</p> <p>Severa</p> <p>Moderada</p>

	<p>inferior a 2.500gr.</p> <p>Actualmente se compara al termino Pre-termino, que es aquel recién nacido que nace antes de las 37 semanas de gestación y no se tiene en cuenta el peso al nacer.</p> <p>La ventilación mecánica (VM) se conoce como todo procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona, que no puede o no se desea que lo haga por sí misma, de forma que mejore la oxigenación e influya así mismo en la mecánica pulmonar. Se considera al ventilador como un generador de presión positiva en la vía aérea que suple la fase activa del ciclo respiratorio.</p>			<p>según el cuestionario STAI que comprende escalas separadas de autoevaluación que mide la ansiedad como estado en donde se determinara el nivel de ansiedad como leve moderada y severa.</p>	
--	--	--	--	--	--

ANEXO B

ENCUESTA

1.- INTRODUCCION: Buenos días mi nombre es Yesenia Lezma Andia soy enfermera, estudiante de la segunda especialidad de enfermería en neonatología de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de San Marcos, estoy realizando un trabajo de investigación titulada “Nivel de ansiedad estado de las madres con recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica hospitalizados en la UCIN del INMP 2012”. Necesito de su colaboración para responder las siguientes preguntas, cuyo resultado permitirá conocer la ansiedad en las madres y ello contribuirá a que en los servicios se tomen en cuenta y oriente a mejorar la relación del personal de salud con las madres. Su participación es muy importante y valiosa de ahí que le solicite aceptar responder las preguntas; la información que UD brinde es confidencial y anónima.

INSTRUCCIONES: A continuación se le realizará una serie de preguntas; tómese el tiempo necesario para responderlas.

2.- DATOS GENERALES: FECHA:

2.1.- MADRES:

- ¿Cuántos años tiene?
..... años
- ¿Cuál es el último año que Ud. aprobó en la escuela?
.....
- ¿Cuál es tu estado civil?
.....
- NUMERO DE HIJOS:

Hijos vivos..... Hijos fallecidos.....

2.2.- RECIEN NACIDO: (los datos serán obtenidos de la historia clínica)

FECHA DE NACIMIENTO DEL RN:

EDAD DEL RN:

PESO DEL RN AL NACER:

EDAD GESTACIONAL:

SEXO DEL RN:

	NADA 0	ALGO 1	BASTANTE 2	MUCHO 3
1.Me siento calmada				
2.Me siento segura				
3.Estoy tensa				
4.Estoy confundida				
5.Me siento cómoda (estoy a gusto)				
6.Me siento alterada				
7.Estoy preocupada ahora por las posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansada				
9.Me siento angustiada				
10.Me siento alentada				
11.Tengo confianza en mí misma				
12.Me siento nerviosa				
13.Estoy tranquila				
14.Me siento muy oprimida				
15.Estoy relajada				
16.Me siento satisfecha				
17.Estoy preocupada				
18.Me siento aturdida y sobreexcitada				
19.Me siento alegre				
20.En estos momentos me siento bien.				

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LOS ENUNCIADOS CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: “NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO DE LAS MADRES CON RECIEN NACIDOS PREMATUROS SOMETIDOS A VENTILACION MECANICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2012”

Usted ha sido invitado a participar en una investigación que va a medir el nivel de ansiedad estado que presentan las madres con recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica , así mismo el presente estudio tiene como propósito dar a conocer estos resultados obtenidos a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional Materno Perinatal, para puedan crear estrategias que permitan la mejorar la calidad de atención no sólo al recién nacido prematuro sino también a su entorno mas cercano; la familia, en especial a la madre, pues es ella quien pasa el mayor tiempo con su bebe.

Si acepta a participar en esta investigación se le solicita que firme el consentimiento informado teniendo en cuenta que los datos obtenidos son de manera anónima y confidencial.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar de forma voluntaria después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Si tiene alguna pregunta o desea mayor información sobre la investigación, por favor comuníquese con la Lic. Yesenia Lezma al número celular 956166470

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riegos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador

Firma

Fecha

ANEXO D

Tabla N° 1

Número de Madres Según Edad

Instituto Nacional Materno Perinatal

Lima – Perú

2012

Edad	N	%
20 – 30 años	36	60
31 – 40 años	20	33.3
41 – 50 años	4	6.7
Total	60	100

ANEXO E

Tabla N° 2

Estado Civil de las Madres.

Instituto Nacional Materno Perinatal

Lima – Perú

2012

Estado Civil	N	%
Soltera	32	53.3
Casada	28	46.7
Total	60	100

ANEXO F

Tabla N° 3

Recién Nacido Prematuro Según Sexo.

Instituto Nacional Materno Perinatal

Lima – Perú

2012

Sexo	N	%
Femenino	25	41.6
Masculino	35	58.4
Total	60	100

ANEXO G

Tabla N° 4

Recién Nacido Prematuro Según Edad Gestacional

Instituto Nacional Materno Perinatal

Lima – Perú

2012

Edad Gestacional	N	%
< 28 semanas	6	10
29 – 32 semanas	32	53.3
33-37 semanas	22	36.7
Total	60	100

ANEXO H

Tabla N° 5

Estancia Hospitalario del Recién Nacido Prematuro

Instituto Nacional Materno Perinatal

Lima – Perú

2012

Estancia Hospitalaria	N	%
1-7 días	22	36.6
8 – 14 días	15	25
15 – 21 días	16	26.7
22 – 30 días	7	11.7
Total	60	100